Rok XXXI. Kraków, 15 Października 1892. Nr. 42.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmuja: w Krakowie Administracyja, a w Paryżu p. Adam 81 Rue des Saintes Pères.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. Leon Halban.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1^1/_2$ „	$3^1/_8$ „	6 „

I. O martwinie fosforowéj

Przez

Dra Józefa Bogdanika,

prymaryjusza szpitala powszechnego w Białéj.[1]

Martwinę fosforową jako chorobę samoistną po raz pierwszy, jak wiadomo, opisał w roku 1838 Lorinser w Wiedniu. Wkrótce potem znaczniejszą ilość przypadków opisali rozmaici chirurgowie austryjaccy, niemieccy, szwajcarscy i włoscy. Z biegiem czasu atoli, gdy po fabrykach zapałek fosforowych zarządzono odpowiednie środki ostrożności, do czego w wysokim stopniu swemi pracami przyczynił się Geist w Norymberdze, przypadki chorobowe stawały się coraz rzadszemi. I tak już w roku 1852 napisał tenże autor[2]), iż w Norymberdze i okolicy od r. 1847 nie zdarzył się żaden przypadek tego cierpienia, a Thiersch wyraził się w r. 1868[3]), iż dzięki środkom zapobiegawczym cierpienie to wnet do historyi zaliczać się będzie. Zdanie podobne ogłosił Langenbeck na VI Zjeździe Towarzystwa niemieckich chirurgów w dniu 7/IV 1877 r.

I zdawać się mogło, że tak jest rzeczywiście. Literatura chorobą tą coraz mniéj się zajmowała, a po roku 1880 niemal całkiem publikacyje o tem cierpieniu ustały. Tem bardziéj mnie to tedy zastanowiło, gdym w przeciągu czasu mniéj lub więcéj jednego roku siedm przypadków tego cierpienia widział, które z jednéj i téj saméj fabryki zapałek z Bielska pochodziły. Dwa z tych operował prof. Rydygier w klinice krakowskiéj, jeden chory po kilkudniowym pobycie w szpitalu bialskim udał się do domu, a o dalszych jego losach niczego dowiedzieć się nie mogłem. Czterech chorych zaś dokładnie obserwowałem, zwłaszcza iż po częściowéj resekcyi znowu pracowali w tejże fabryce i wskutek nawrotów cierpienia kilkakrotnym poddali się operacyjom.

Historyja tych chorych jest następująca:

I. Teresa C., mężatka, lat 46 licząca, przyjętą została dnia 7 stycznia 1891. Pracowała ona przez lat 15 w fabryce zapałek w Żywcu, od półtora roku zaś pracuje w Bielsku, przyczem jéj rzeczą jest wyjmowanie suchych zapałek z suszarni. Przed kilku miesiącami kazała sobie wyjąć chory ząb z szczęki dolnéj, ból jednak mimo to nie ustał, zwłaszcza, że daléj pracowała. Podczas przyjęcia do szpitala znaleziono u niéj obrzmienie po stronie lewéj. W dolnéj szczęce nie widać żadnego zęba trzonowego, dziąsła w okolicy lewych zębów trzonowych są obrzmiałe, kość jest z okostnéj obnażona i wydziela cuchnącą ropę, przypominającą zapach zapałek. Odżywienie upośledzone raz z powodu utrudnionego żucia, powtóre dla kiepskiego trawienia. Stan ten podczas dwutygodniowego pobytu w szpitalu coraz bardziéj się pogarszał, mimo płukania i środków trawienie poprawiających; bóle zębów były tak silne, że chora mimo środków nasennych oka zmrużyć nie może. Wobec takiego stanu rzeczy przystąpiłem dnia 22/I do resekcyi szczęki dolnéj.

W narkozie poprowadziłem cięcie wzdłuż dolnego brzegu lewéj połowy szczęki dolnéj od kła aż blisko do kąta szczęki drążąc aż do kości. Na tępo oddzieliłem teraz okostnę od kości i piłką łańcuszkową od dołu przeciąłem szczękę tuż za drugim zębem dwuguziczkowym jakoteż koło przedniego brzegu żwacza (*masseter*). Ranę zespoiłem szwem kuśnierskim z katgutu chromowego pozostawiając w kącie mały sączek. Przebieg pooperacyjny był zupełnie zadowalający, tylko dwa razy ciepłota doszła do 38° C. Po tygodniu usunąłem przy pierwszéj zmianie opatrunku sączek, w tydzień późniéj przy drugiéj zmianie opatrunku wyjąłem szew. Usta płukała chora nadmanganezianem potasu, bóle ustały całkowicie, sen dobry bez środków nasennych, odżywienie lepsze.

W cztery tygodnie po operacyi wystąpiło lekkie obrzmienie policzka lewego i bóle zębów. Obrzmienie i bóle wzmagały się bardzo szybko mimo to, żem wszystkie zęby szczęki dolnéj (siekacze i kły) wyjął, obrzmienie posunęło się na powieki. W dniu 25/III usunąłem przeto w narkozie pozostałe części dolnéj szczęki. Dolną wargę przeciąłem w linii środkowéj pionowo z góry na dół. Następnie naciąwszy dziąsła wzdłuż zębodołów, oddzieliłem na tępo okostnę od części pozostałéj szczęki, przyczepienie mięśni na bródce jakoteż u kąta prawego szczęki dolnéj przeciąłem

[1]) Rzecz streszczona na IV Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie. — [2]) Geist: *Die Regeneration des Unterkiefers nach totaler Necrose durch Phosphordämpfe*, 1852, Erlangen. [3]) *Ueber Phosphornecrose der Kieferknochen. Archiv f. Heilkunde*, 1868.

nożem gałkowatym, następnie posunąłem się między okostną a kością aż do stawu żuchwowego, doszedłszy tam, przesunąłem pomiędzy kością a palcem nożyczki krzywe, przeciąłem przyczepienie mięśnia skroniowego do wyrostka wroniastego (*proc. coronoideus*), a chwyciwszy teraz żuchwę kleszczami Fergussona, wyważyłem ją ze stawu a przeciąwszy jeszcze niektóre strzępki części miękkich i nerw dolnoszczękowy wydobyłem całą kość. Broczenie żylne dość znaczne zatamowałem, wsunąwszy gazę jodoformową 30%. Podczas operacyi téj, jak wogóle i przy następnych, asystent chwyciwszy koniec języka szczypczykami haczykowatemi wyciąga go na zewnątrz, głowa jest na dół zwieszoną a jamę ust często ja sam albo asystent palcami oczyszcza z krwi. Tym sposobem zapobiegać się staram dostaniu się większéj ilości krwi do dróg oddechowych.

Mimo odradzania kolegów obecnych przy operacyi usunąłem w poprzednio opisany sposób i część pozostałą z lewéj połowy szczęki dolnéj. I pokazało się, żem uczynił słusznie, bo znalazłem na kości blisko wyrostka stawowego dość duże ogniska martwiny. Na powierzchni wewnętrznéj jest ono wielkości małéj fasoli i rozciąga się od otworu żuchwowego *(foramen mandibulae)* ku szyjce wyrostka stawowego (*collum proc. condyloidei*), na powierzchni zewnętrznéj zaś poniżéj górnego brzegu żuchwy ma ono blisko 3 ctm. w poprzek a 1 ctm. z góry na dół. W miejsce usuniętéj kości wsunąłem gazę jodoformową — ranę zadaną w wardze dolnej zaszyłem szwem kuśnierskim z katgutu chromowego; opatrunek jodoformowy, płukanie nadmanganezianem potasowym. Przebieg pooperacyjny był zupełnie bezgorączkowy (najwyższa ciepłota 36·6° C.). Dnia 28/III, tj. trzeciego dnia od operacyi, usunąłem tampony gazowe z jamy ustnéj, na miejsce których dano mniejsze, usunąłem i odjąłem szew z wargi dolnéj, która się zagoiła przez rychłozrost. W tydzień po operacyi chora już zażądała chleba i mięsa, które jakotako zgryźć potrafiła a 8 kwietnia opuściła szpitał.

Niestety mimo mego zakazu, aby więcéj do fabryki zapałek nie poszła, nie usłuchała mnie. Czując się przez dwa tygodnie zupełnie zdrową, napowrót podjęła się swéj dawnéj pracy, poprzednio jednak kazała sobie wyjąć korzenie z szczęki górnéj. Po upływie trzech miesięcy obrzmiewać zaczął policzek prawy, bóle znowu wystąpiły, a gdy się stan, mimo iż zaniechała roboty, nie poprawił, zgłosiła się w szpitalu do operacyi d. 24 sierpnia 1891. Policzek prawy jest obrzmiały, począwszy od grzbietu nosa aż po prawą małżowinę uszną. Po otwarciu jamy ust widać obrzmienie rozciągające się od zębodołów na podniebienie twarde po stronie prawéj. Dnia 16/IX resekowałem dłutkiem cały wyrostek zębodołowy po stronie prawéj (szczęki górnéj), a jamę wypełniłem gazą jodoformową. Oddłutowana część szczęki była barwy brudnozielonkowatéj, wypełniona gęstą, cuchnącą ropą. Trzeciego dnia zmieniłem tampon, bóle i obrzmienie twarzy stały się mniejsze, a dnia 3/X opuściła chora zupełnie zadowolona szpital.

Jednakże zadowolenie jéj trwało bardzo krótko — po kilku tygodniach bóle stały się nieznośnemi, przeto dnia 3 listopada znowu do szpitala wróciła. Późniéj dowiedziałem się od dzieci jéj, iż miała nieznośne pożycie małżeńskie, że ją mąż często bił, szczególniéj po głowie tak, że nieraz przytomność traciła.

Za przybyciem do szpitala znaleziono bródkę nieco ku tyłowi cofniętą, a policzek prawy w górnéj części mocno obrzmiały. Obrzmienie rozciąga się po dolny brzeg prawego oczodołu i na kość jarzmową. W jamie ustnéj jest nieznaczne obrzmienie, a w miejscu zębodołu jest blizna. Gruczoły podszczękowe po stronie prawéj nieco powiększone.

Dnia 15/XI postanowiłem usunięcie reszty szczęki górnéj jakoteż kości jarzmowéj prawéj. Po uśpieniu choréj przeciąłem górną wargę pionowo w środku, następnie okroiłem prawe skrzydło nosowe, ztąd poprowadziłem cięcie ku wewnętrznemu kątowi oka a ztamtąd wzdłuż dolnego brzegu oczodołu ku prawéj kości jarzmowéj, drążąc odrazu aż do kości. Na tępo oddzieliłem teraz części miękkie razem z okostną od kości i odsunąłem cały płat na zewnątrz. Obejrzenie kości wykazało, iż martwina zajęła i kość jarzmową. Dłutkiem resekowałem tedy kość jarzmową, prowadząc cięcie ku *foramen infraorbitale*. Następnie oddzieliłem wskazicielem lewym części miękkie od oczodołu, drążąc od zewnętrznego kąta oka ku wewnętrznemu, a potem dłutkiem przeciąłem połączenie wyrostka nosowego szczęki, oddzielając ją tym sposobem od kości nosowéj i czołowéj. Nareszcie oddzieliłem części miękkie od podniebienia twardego, również dłutkiem tnąc w linii środkowéj od przodu ku tyłowi. Ujęta w szczypczyki kostne szczęka, dała się dość łatwo wyważyć, będąc jednak bardzo stoczoną, kruszyła się.

W tem tętno nagle zaczęło coraz bardziéj słabnąć, twarz choréj zbladła, oczy w słup, oddech powierzchowny. Wydobyto język, natryski zimną wodą, sztuczne oddechanie przy zwieszonéj głowie. Mimo to tętno coraz bardziéj słabło, nareszcie ustało i oddechanie.

Sekcyja wykazała: Lekkie podbiegnięcie krwią dużéj półkuli mózgowéj prawéj. Duże skrzydło prawéj kości klinowéj ma miejsca martwiną zajęte. Zrosty opłucnowe stare po obu stronach, miąższ płuc niedokrewny. Mięsień sercowy w dwójnasób powiększony, stłuszczony. Wątroba zamkła, stłuszczona. Śledziona powiększona, na torebce znaczne pokłady tłuszczu. Na torebkach nerkowych które schodzą gładko, duża warstwa tłuszczu. Nerki małe, na przekroju połyskują żółtawo (stłuszczone). Sieć miejscami zrośnięta z otrzewną ścienną, ma dużo tłuszczu. Żołądek znacznie rozszerzony.

II. Juliusz D. z Biały, lat 21 liczący, pracuje w fabryce siódmy rok, dawniéj był zajęty maczaniem patyczków w masie fosforowéj. Ojciec zmarł z powodu choroby piersiowéj, matka żyje i jest zdrową. Chory doznał bólu zębów po stronie prawéj szczęki dolnej, kazał sobie wyjąć pierwszy ząb trzonowy, mimo to bóle coraz się wzmagały, udał się przeto do szpitala dnia 19/VI 1891. Mężczyzna 159 ctm. wysoki, o wątłéj budowie ciała, niedokrewny, waży 51·45 klg. Okolica prawéj połowy szczęki dolnéj obrzmiała, obrzmienie sięga ku kości jarzmowéj nieco poza kąt szczęki dolnéj i do środka wargi dolnéj. Po otwarciu jamy ustnéj widać, iż dziąsła po prawéj stronie szczęki dolnéj są rozpulchnione i obrzmiałe, w dotykaniu bolesne. Pierwszego zęba trzonowego niema. Stan ten w ciągu trzytygodniowego pobytu w szpitalu pogarszał się mimo płukań, w dniu 7/VII wyłuszczyłem przeto w narkozie prawą połowę żuchwy. — Przeciąwszy wargę dolną pionowo z góry na dół w samym środku, odsunąłem płaty na prawo i lewo, potem naciąłem dziąsła wzdłuż prawego zębodołu a oddzieliwszy na tępo okostnę od kości, przeciąłem piłką łańcuszkową szczękę pomiędzy obu siekaczami wewnętrznemi, nareszcie w sposób poprzednio opisany wyłuszczyłem prawą połowę szczęki, na któréj miejsce włożyłem tampon z gazy jodoformowéj a wargę zespoiłem szwem kuśnierskim z katgutu chromowego.

Przebieg pooperacyjny całkiem bezgorączkowy, w 4 dni zmieniłem tampon z gazy jodoformowéj. Dnia 17/VII przy zmianie opatrunku wydobyłem szew z wargi, rana wygojona przez rychłozrost. Chory potrafi jeść chleb i mięso, a 23/VII opuścił zakład.

Dnia 6/XI 1891 znowu zgłosił się do szpitala z powodu bolów w lewéj szczęce dolnéj, jakoteż w lewym stawie skokowym, który znaleziono obrzmiałym i zaczerwienionym. Z wywiadów pokazało się, iż czuł się zupełnie zdrowym i że przez ostatnie 4 tygodnie znowu pracował w fabryce zapałek. Zalecono kąpiele parowe i salicylan sodowy. Zapalenie w stawie skokowym ustąpiło, jednakże ból w szczęce dolnéj się utrzymuje. Obrzmienie w okolicy lewego jéj kąta jest dość znaczne, szczęka zbacza na wewnątrz i nieco ku prawéj stronie tak, że się zęby nie schodzą. Dziąsła po lewéj stronie są dość pokaźnie obrzmiałe, z pomiędzy zębów wydziela się cuchnąca ropa.

Dnia 28/I 1892 wyłuszczyłem lewą połowę szczęki dolnéj nie przecinając wcale skóry. W narkozie przy zwieszonéj głowie naciąłem dziąsła wzdłuż zębodołów, oddzieliłem przeważnie na tępo okostną od kości, przecinając tylko mię-

śnie przyczepione do bródki i do kąta żuchwy, potem pod kontrolą palca nożyczkami krzywemi odciąłem mięsień skroniowy od wyrostka żurawiego i ująwszy kość w szczypce kostne dość łatwo ją wyważyłem. Język wyciągał tymczasem asystent na zewnątrz. Nareszcie włożyłem w miejsce ubytéj kości tampon z gazy jodoformowéj. Podczas przebiegu pooperacyjnego utworzył się ropień w okolicy lewego kąta szczęki dolnéj, który nacięto, zresztą był przebieg prawidłowy, bezgorączkowy. Chory, opuściwszy zakład, jakiś czas innego szukał zatrudnienia, obecnie jednak, jak się dowiaduję, znowu pracuje w téj saméj fabryce zapałek.

III. Franciszek G., z Międzybrodzia lipnickiego, lat 23 liczący, pracował w fabryce zapałek w Bielsku od 5/IX 1890 r. Zajęciem jego było maczanie patyczków w masie fosforowéj. Rodzice jeszcze żyją i są zdrowi, sam tylko na dur chorował. Na wiosnę 1891 r. kazał sobie wyjąć pierwszy ząb trzonowy po lewéj stronie żuchwy i odtąd ból nie ustawał: w sierpniu tegoż roku powstało obrzmienie dziąseł i ślinotok, szukał przeto pomocy w szpitalu d. 15/IX 1891. Mężczyzna wzrostu średniego, dobrze zbudowany i odżywiony. W okolicy lewéj połowy szczęki dolnéj jest obrzmienie przy dotykaniu bolesne. W dolnéj szczęce brak dwóch zębów trzonowych po stronie lewéj, trzeci jeszcze nie wyrosł, dziąsła po lewéj stronie obrzmiałe, zaczerwienione i bolesne, otwieranie ust upośledzone.

Dnia 24/IX wyłuszczyłem w narkozie lewą połowę szczęki. Nie przecinając wcale skóry przeciąłem błonę śluzową wzdłuż wyrostka zębodołowego po stronie lewéj, potem tępo oddzieliłem okostnę od kości, wyjąłem oba siekacze lewe i przeciąłem pomiędzy niemi piłką łańcuszkową szczękę, nareszcie w sposób przedtem opisany wydobyłem szczękę. W tem nastąpił znaczny krwotok żylny. Wytamponowałem szybko jamę gazą jodoformową, którą dla pewności, aby nie wypadła, przyszyłem do skóry szwem płytkowym. Czwartego dnia odjąłem płytki, dnia 30/IX usunąłem gazę a 24/X wypuściłem chorego. Szczęka prawa zbacza na lewo i wewnątrz.

Tenże chory powrócił do szpitala w dniu 9/II 1891 z powodu nieżytu żołądka. Przy badaniu spostrzeżono nadto, iż lewy policzek stale jest obrzmiały a w jamie ustnéj blisko małżowiny usznéj widać otwór, z którego wydobywa się ropa. Po kilku tygodniach, gdym ropienia uśmierzyć nie mógł, rozszerzyłem otwór i ujrzałem w głębi kawałeczek gazy, widać jeszcze od operacyi tam siedzącéj. Po wydobyciu téjże rychło ustało ropienie, jakoteż przypadłości żołądkowe. Później wystąpiło jeszcze ropienie w okolicy podszczękowéj lewéj, które dwukrotnie nacięto. Dalej sprawdzono zapalenie okostnéj prawéj połowy szczęki, chociaż zęby po téj stronie były zdrowe. Teraz dopiero przyznał się chory, iż opuściwszy szpital, przez 2 tygodnie pracował w fabryce zapałek, inaczéj bowiem nie chciano mu wydać książki robotniczéj. Z powodu silnych bólów prosił o usunięcie szczęki, czego dokonano w dniu 18/I 1892 r. W sposób poprzednio opisany wyłuszczyłem kość bez cięcia skórnego. Tampon po operacyi włożony wypadł trzeciego dnia a świeżo włożony już nazajutrz, przeto już jamy nie tamponowałem. 21/I zjadł już siekany kotlet.

IV. Franciszek G. z Bestwiny, lat 23 liczący, pracował około 8 lat w fabryce zapałek w Bielsku, potem przez 3 miesiące w Wadowicach, a od 1/IV 1890 począwszy znowu w Bielsku. Zatrudnienie miał rozmaite. W jesieni roku 1891 rozbolały go zęby w szczęce dolnéj, po stronie lewéj, kazał sobie wyjąć pierwszy ząb trzonowy i pracował daléj. Z początkiem kwietnia jednak 1892 musiał zaprzestać roboty z powodu bólów, a 9/V wstąpił do szpitala. Mężczyzna wzrostu średniego, niedokrewny, okazuje obrzmienie wzdłuż lewéj połowy szczęki dolnéj, skóra w okolicy lewego kąta téjże szczęki jest sinawo zabarwioną i okazuje wrzód wielkości centa. Po otwarciu jamy ustnéj widać obrzmienie dziąseł, przy dotykaniu bolesne po lewéj stronie, zęby ciemno zabarwione.

Dn. 12/V w narkozie wyłuszczyłem całą dolną szczękę bez cięcia skórnego i to tak, żem piłką łańcuszkową wprowadzoną od jamy ustnéj przeciął szczękę na dwie połowy, następnie w sposób poprzednio opisany najpierw lewą połowę a zaraz potem i prawą usunąłem. Przebieg pooperacyjny był zupełnie zadowalający, a 1/VI powrócił do domu, będąc już od tygodnia w stanie jeść chleb i mięso.

W niniejszym przypadku dokonałem odrazu wyłuszczenia całéj szczęki dolnéj. W poprzednich przypadkach bowiem przekonałem się, iż sprawa chorobowa po częściowéj resekcyi, rychło się przenosi na pozostałe części, zwłaszcza, gdy chorzy nie zaprzestają roboty w fabryce zapałek, unika się przeto dwukrotnéj operacyi. Powtóre jedzenie i mówienie po resekcyi częściowéj jest o wiele bardziéj upośledzone, aniżeli po całkowitem wyłuszczeniu. Trzecim powodem był wzgląd na kosmetykę, chorzy bowiem z brakiem całéj szczęki piękniéj wyglądają, aniżeli po resekcyi częściowéj, zwłaszcza jeżeli się wyłuszczenia dokonywa od jamy ustnéj bez cięcia zewnętrznego. (Dok. nast.).

II. Właściwości przebiegu i objawów zapalenia opon mózgowych gruźliczego u dzieci.

Według spostrzeżeń poczynionych w szpitalu św. Ludwika.

Podał

Dr. Emanuel Rosenblatt w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 41.)

Jedynie zatem te dwa przypadki przemawiałyby zatem, iż dla wystąpienia nerwowych zmian w zachowaniu się ciepłoty i tętna potrzebną jest obecność wypociny czy to w komórkach mózgowych, czy to na podstawie. Powyższe zaś przypadki przekonywają nas, iż obecność wypociny czy to tylko w komórkach, czy na podstawie, nie pociąga za sobą *koniecznie* zmian owych w ciepłocie i tętnie, że zmiany te występują częściéj, jeżeli wypocina i w komórkach i na podstawie się znajduje, t. j. jeżeli sprawa sama jest rozleglejszą, jest cięższą. Wobec powyższych spostrzeżeń nasunąćby się mogło przypuszczenie, iż zmiany rzeczone ciepłoty i tętna nie zależą od drażnienia nerwu błędnego, ani pośredniego ani bezpośredniego produktem zapalenia następowego, lecz tylko od drażnienia wprost samemi gruzełkami a względnie może i prątkami, bo we wszystkich przypadkach, w których zmiany były wyraźne, była obfita ilość gruzełków rozsianą i na oponach i na powierzchni mostka aż do skrzyżowania nerwów wzrokowych, a w przypadkach, w których gruzełki umiejscowione były na korze a nie na podstawie, nie było *ani zmian w ciepłocie ani tętnie*, nie *było zaparcia stolca i nie było wymiotów*. Zbadanie histologiczne nerwu błędnego byłoby pożądanem.

Pod względem zachowania się ciepłoty jest jeszcze zajmującem znaczne podwyższenie jéj przedśmiertne. Jest to objaw niestały, którego też brak w bardzo wielu przypadkach; w tych atoli, w których występuje, pozwala z największem prawdopodobieństwem oznaczyć, iż śmierć jest już tylko kwestyą najdalej kilku godzin. Objaw ten tłomaczą porażeniem nerwu błędnego. Zauważyć chciano, iż objaw ten występuje prawie tylko w miesiącach gorących. W przypadkach przez nas zauważanych wystąpiło podwyższenie znaczne ciepłoty przed śmiercią w przypadkach 1, 8, 12 15, 26 i 29, trzy razy w miesiącu lipcu, raz w styczniu, raz w marcu, raz w grudniu. Rzadziéj występuje przed śmiercią obniżenie ciepłoty niżéj prawidłowéj. Gnaendinger zauważył u dziecka w miesiącu maju przed śmiercią ciepłotę 28·6°, Glaser w klinice Demmego 27·0°. Najniższa, jaką myśmy

zauważyli, była 36·1°. O podwyższeniu ciepłoty znacznem po śmierci przekonać się nie byliśmy w stanie.

Zachowanie się oddechu niema nic cechującego. Zaburzenia występują już częstokroć w okresie zwiastunów i polegają na wzdychaniu, przyspieszeniu oddechu i stękaniu; w okresie pierwszym jest oddech albo bardzo przyspieszonym albo zwolnionym, co zresztą zależy także i od obecności zmian gruźliczych lub zapalnych w samych płucach; w okresie drugim pojawia się często tor oddechowy Cheyne-Stokesa i to niekoniecznie tuż przed samym zgonem. Objaw ten zauważyliśmy w przypadkach 4, 6, 8, 12, 15, 18, 23, 24, 29. Oddech nieregularny i przyspieszony zależy prócz od zadrażnienia ośrodka oddechowego, także i od stanów skurczowych, jakim w ciągu choroby ulegają mięśnie t. zw. oddechowe.

Do objawów ze strony nerwów naczynioruchowych, występujących także już w pierwszym okresie, należy mienienie się twarzy, nagłe zaczerwienienie i zblednięcie, wypieki i t. zw. plamy Trousseaua; częściéj pojawiają się one w okresie drugim i znane są matkom jako „spazmy wewnętrzne“. Objawy te nie cechują jednak zapalenia opon gruźliczego, bo pojawiają się nietylko w innych postaciach zapaleń, ale także nawet i w przekrwieniach opon. Zdarzało mi się spostrzegać je często przy trudniéjszem ząbkowaniu u dzieci, które wkrótce jednak potem wyzdrowiały. Obfite poty i ślinienie zauważyliśmy tylko w przypadku 13-tym, same poty w przypadku 22.

Mocz zbadać było można tylko w 9-ciu przypadkach: w czterech (9, 11, 12, 25) białka nie było ani śladu, w przypadku 10-tym była mała ilość, w 13-tym ślad ledwo spostrzegalny, w 16-tym (w pierwszym okresie) ilość znaczna, w 18-tym bardzo znaczna (komplikacyja z gruźlicą narządu moczo-płciowego), a w 21-ym ilość dość znaczna, (badanie mikroskopowe osadu stwierdziło zapalenie nerek). Fosforany ziemne w znacznéj ilości stwierdzono w przypadkach 10-tym, 12-tym i 25-tym.

Nieckowate zaklęśnięcie brzucha rozpoczynające się zaraz z początkiem pierwszego okresu, a najwyraźniejsze w okresie 2-gim, polegające przypuszczalnie na parezie mięśni jelita, nie jest objawem stałym. W jednych przypadkach jest zaklęśnięcie to mało wybitnem, w innych wpada przedewszystkiem w oko, w jednych występuje zaraz równocześnie z wymiotami i zaparciem stolca, w drugich dopiero w okresie 2-gim. W niektórych natomiast przypadkach spostrzegamy zamiast zaklęśnięcia nawet i wzdęcie brzucha, jak n. p, w przypadkach 11-ym, 21-ym, 22-im, 25-ym. W przypadkach 5-ym, 19-ym i 28-ym nie było ani zaklęśnięcia ani wzdęcia, brzuch był prawidłowo wysklepiony: w przypadkach 3-cim i 12-tym był pierwotnie wzdętym, a dopiero w okresie drugim zapadał się powoli.

Przystępujemy teraz do zaburzeń w sferze ruchowéj. Do nich należą przykurczenia, drgawki i porażenia. Najpierw występują objawy ze strony mięśni, względnie nerwów na twarzy i karku, a są niemi: wzrok sztywny lub wystraszony, niedomykanie powiek lub opad powieki górnéj, zez, zwężenie lub niejednostajne rozszerzenie źrenic, zamazanie fałdu nosowo-wargowego, uśmiech, mlaskanie, oblizywanie się, zgrzytanie zębami i tężec karkowy. Objawy wyżéj wymienione zależne są od zajęcia nerwu twarzowego, okoruchowego i podjęzykowego. Podczas snu nie domyka dziecię jednego lub obydwu ócz, chwilami zezuje dośrodkowo to jednem to drugiem okiem, przebudzone spoziera nieruchomo w jeden punkt, gałki zwrócone zazwyczaj ku górze, źrenice zazwyczaj są wązkie, czasem jedna mniéj, druga więcéj zwężona i to na przemian. Objawy te występują już często w okresie zwiastunów i są przemijające, w okresie pierwszym są wybitniejsze i utrzymują się dłużéj. Zez jest zbieżny, rozbieżny występuje dopiero po największéj części w okresie drugim, t. j. ucisku, rownocześnie z *nystagmus* i rozszerzeniem źrenic. Uśmiech bywa przelotny, najczęściéj tylko podczas snu. Sztywność w karku potęguje się w okresie 1-ym, największa w okresie drugim, tu zależna już od zadrażnienia rdzenia przedłużonego płynem mózgordzeniowym, wypartym z jamy czaszkowéj. W okresie 1-ym widać często wiercenie główką zwłaszcza u mniejszych dzieci w poduszki. Do objawów pomniejszych okresu 1-go zalicza się jeszcze i ziewanie. Później dopiero występują drgawki na kończynach i tułowiu. Częstokroć rozpoczyna się okres pierwszy od napadu drgawek ogólnych, częściéj jednak od automatycznego kurczu jednej kończyny, zwłaszcza u dzieci młodszych np. od głaskania lub pocierania twarzy. Drgawki albo obejmują symetrycznie obie połowy ciała, albo ograniczają się tylko do połowy, najczęściéj obejmują mięśnie twarzy i kończyn górnych z przewagą jednéj strony. W miejsce drgawek występuje czasami tylko drżenie członków, jakgdyby wskutek dreszczu.

Drgawki mogą tylko raz jeden wystąpić albo powtarzać się częściéj, co jest rzeczą zwyczajną w okresie drugim. Przykurczenia pojawiają się po największéj części na kończynach i są przemijającemi, występują albo naprzemian z drgawkami, albo równocześnie i nigdy w stopniu znacznym. Wyjątek stanowi tylko skurczenie mięśni karkowych i często też lędźwiowych. Porażenia istotne występują dopiero z końcem okresu drugiego, w pierwszym pojawiają się tylko niedowłady, najczęściéj ze strony mięśni twarzy (*facialis*), jakoteż pewnych grup mięśni na kończynach. Te też są przemijające, w jeden dzień pojawia się niedowład kończyny jednéj, w drugiéj ustępuje, a natomiast spostrzegamy niedowład kończyny przeciwnéj. Odruch połykowy ustaje zazwyczaj w okresie drugim, podobnie odruchy skórne.

Tak zachowywały się objawy w przeważnéj liczbie przypadków naszych, w innych jednakowoż bywal przebieg niezwykły. W kilku przypadkach brakło zupełnie objawów ze strony sfery ruchowéj, w innych była kolejność objawów zmienioną, w innych nareszcie spostrzegaliśmy objawy wcale niezwykłe. W przypadku 9-tym np. były źrenice w początkach choroby rozszerzone, a wąskie w okresie, w którym niewątpliwe były objawy ucisku mózgowego. W przypadku 3-cim wystąpiły nagle krótkotrwałe drgawki bez innych objawów, po których dziecię napozór wróciło do stanu prawidłowego; dopiero po 24 godzinach wystąpiły znów drgawki i wtedy dopiero rozwinął się obraz choroby właściwy. Podobnie było w przypadku 11-tym. W przypadku 5-tym wystąpiło w początku choroby zaraz po pierwszych drgawkach zupełne porażenie nerwu twarzowego lewego i kończyn połowy lewéj ciała; sekcyja wykazała obecność guzków gruźliczych na powierzchni prawéj półkuli mózgowéj. Podobnie w przypadku 6-tym, zaraz z początku porażenie kończyny górnéj prawéj i prawego n. *facialis;* przy sekcyi nie było wprawdzie guzków lecz natomiast liczna erupcyja gruzełków i wypocina na półkulach. W przypadku 8-ym wystąpił niedowład kończyn lewéj połowy ciała a ciągłe podrzucanie

kończyny górnéj prawéj, w górę ponad głowę. W dalszym okresie *opisthotonus* nadzwyczaj silny. Dla pierwszego objawu nie znalazła sekcyja właściwéj przyczyny, przypuszczać tylko należy znaczniejszą erupcyję gruczołków po stronie lewéj, dla drugiego było przyczyną silne zajęcie także i opon rdzeniowych. W przypadku 9-tym były drgawki ograniczające się do połowy prawéj ciała, później przykurczenia, przy sekcyi znaleziono guz gruźliczy w lewéj komórce mózgowéj. W przypadku 26. drgawki lewéj połowy ciała, przy sekcyi guzki serowate na wypukłości półkul. W przypadku 16-ym rozpoczęła się choroba od napadu padaczkowego; w przypadku 12-ym cierpiał chory dawniéj na napady padaczkowe.

Do objawów ze strony czuciowéj należał przedewszystkiem światłowstręt i przeczulica znacznego częstokroć stopnia. W okresie późniejszym choroby ustępuje przeczulica miejsca znieczuleniu (*Anaesthesia*), obejmującemu albo niektóre tylko członki, albo też i całe ciało. Nie zawsze było czucie tam zniesionem, gdzie kończyna była porażoną. W przypadkach 5 tym i 6 tym wystąpiło zniesienie czucia już w okresie 1-ym i to w 5-tym na kończynie górnéj lewéj, w 6 tym na kończynie gornéj prawéj, w obu półkule mózgowe były zajęte. Odruchy w pierwszym okresie znacznie silniejsze, w 2-gim albo ustawały zupełnie albo miejscowo albo wreszcie występowały jeszcze lecz znacznie słabiej.

O objawach ze sfery psychicznéj w początkach choroby mówiliśmy na wstępie tego rozdziału, tu tylko przypominamy, iż u dzieci młodszych przeważa śpiączka i odurzenie zaraz z początku, u starszych bezsenność i budzenie się z krzykiem. Dzieci w okresie zwiastunów niczem dłużéj zająć się nie potrafią, nic ich nie bawi, robią wszystko jakby od niechcenia i bywają bardzo drażliwe. Po pierwszych drgawkach w rozwiniętym okresie pierwszym ginie już przytomność, starsze dzieci odzyskują ją jeszcze na czas krótszy; z początkiem okresu ucisku występuje stale śpiączka i bezprzytomność zupełna, z któréj dziecię już wyrwanem być nie może. Z pomiędzy przypadków naszych powróciła przytomność po drgawkach w okresie pierwszym w przypadkach 6-ciu a mianowicie w 2-gim 3-cim 8-ym 11-ym i 16-tym. W przypadku 2-gim jeszcze na 36 godzin przed śmiercią, chora dziewczyna 8-letnia przemówiła nawet, w 5-ym na 24 godzin przed śmiercią (chłopiec 8-letni).

Z pomiędzy objawów zależnych od zapalenia opon gruźliczego u dzieci wieku pierwszego (*premiére enfance*) podnieść jeszcze należy zachowanie się ciemienia. Podają, iż w okresie zadrażnienia spostrzega się silniejszą pulsacyję i wypuklenie, w okresie ucisku wypuklenie jeszcze znaczniejsze a tętnienie słabsze, w okresie 3-cim zapadnięcie ciemienia. Zdaniem mojem jednak odnosi się to spostrzeżenie tylko do zapalenia opon zwyczajnego, gdzie wypocina znajduje się 1° w znaczniejszej ilości, 2° na półkulach mózgowych i w komórkach, gdzie zatem objawy ucisku są znaczniejsze. Ograniczone zapalenie opon gruźlicze na podstawie nie zmienia tak dalece ucisku śródczaszkowego, ażeby to wten sposób na ciemieniu odbić się miało. W licznych przypadkach także w praktyce prywatnej uważałem, iż w zapaleniu gruźliczem nie ma wcale zmian w zachowaniu się ciemienia albo jest nie tylko silniejsze tętnienie; wypuklenie ciemienia ze słabem tętnieniem odnieść raczej należy do zapalenia zwyczajnego i może to zdaniem mojem w przypadkach wątpliwych przemawiać przy rozpoznawaniu za tą postacią zapalenia a przeciw zapaleniu na tle gruźliczem.

Z pomiędzy objawów od zapalenia nie zależnych lecz więcéj przypadkowych zauważyliśmy między innemi także i choroby skórne. A mianowicie *pityriasis versicolor* w przypadku 2-gim, *furunculosis* w przypadkach aż trzech, bo w 4 tym 11-tym i 17-tym, *herpes labialis* w przypadku 12-ym, w tymże samym i *miliaria alba et crystallina, eczema faciei et capillitii* rozległe w przypadku 29-tym. Jedynie to ostatnie cierpienie mogłoby mieć jakiś związek przyczynowy z zapaleniem gruźliczem. Z pomiędzy przypadów innych wyszczególnić tylko należy krwotoki płucne w przypadkach 18. i 26 wśród rozwiniętego już zapalenia a prawdopodobnie drgawkami wywołane.

Poniżej podajemy przypadki te w porządku chronologicznym, w jakim pod obserwacyę szpitalną przyszły; mniej zajmujące podajemy tylko w streszczeniu, ciekawsze według kart szpitalnych i protokołu sekcyjnego z zakładu prof. Browicza.

Przypadki te są następujące:

1. Ludwika Gołębiowska, lat 4, źle odżywiona przyjęta do szpitala 18 stycznia 1879. Od dłuższego czasu miewała napady zimnicze, od dni kilku nudności, wymioty, zaparcie stolca, brak apetytu.

Status praesens: Kościec prawidłowy, cera ziemista. W obu płucach liczne drobne rzężenia, stłumienie odgłosu wypukowego po nad szczytem płuca lewego z tyłu, obrzęk znaczny śledziony. Chora apatyczna, ospała, ciepłota 37·5. Wymioty, kaszel, ból głowy.

W dniach 19 i 20 stan jednakowy c. w. 38·7, leniwa reakcyja źrenic i rozszerzenie lewej. W nocy pierwszy atak drgawek zwłaszcza mięśni twarzowych, utrata przytomności.

21 c. r. 38·4, c. w. 39·5. Drgawki wśród dnia się powtarzają, w chwilach od drgawek wolnych leży z powiekami w pół tylko przywartemi, gałki oczne ku górze zatoczone, głowa miernie ku tyłowi podana, oddech przerywany rzężący, tętno nieregularne.

22 o godz. 5 rano śmierć.

Sekcyja wykonana 23 stycznia wykazała: *Degeneratio caseosa gland. bronchialium sbsq. peribronchitide caseosa pulmonis sin. et tuberculosi acuta miliari pleurae, pulmonum, pericardii, medullae ossium et hepatis sbsq. meningitide tuberculosa basilari, hydrocephalo acuto interno. Tumor lienis chronicus, melanosis hepatis, catarhus chronicus intestini, pneumonia catarhal sinistra.*

„Czaszka prawidłowa, miarowa; opona twrada blada gładka, lśniąca, miernie napięta, opony miękkie nieznacznie dziurkowato nastrzykane zresztą cieńkie, blade, okazują szczególniéj na podstawie znaczniejszą ilość wzdłuż naczyń rozsianych gruzełków. Zwoje mózgu miernie przypłaszczone, na podstawie tuż przy skrzyżowaniu się nerwów wzrokowych mierna ilość wypociny białawo-żółtéj trzęskiej. Komórki mózgowe nieznacznie rozszerzone, zawierają nieco cieczy jasnéj surowiczéj“.

2. Anna Panek, lat 8, przyjęta 20 lutego 1879. Choroba rozpoczęła się przed tygodniem od zatrzymania stolca i wymiotów.

St. pr. Kościec prawidłowy, miernie odżywiona, gruczoły karkowe macalne, na skórze klatki piersiowéj i brzucha *pytyriasis versicolor*. Stłumienie nad obydwoma szczytami płuc, oddech chuchający, rzężenia wilgotne.

Wymiary serca prawidłowe, tony głuche lecz czyste, tętno 60. Brzuch nieckowato zapadnięty, śledziona i wątroba niemacalne. Ciepłota wieczorna 38·0, znaczna nadczułość skóry, skurcz mięśni karkowych, bezprzytomność, powieki wpół przywarte, gałki oczne prawie nieruchome, źrenice rozszerzone. Kończyny dolne w stanie skurczonym, nie wymiotuje, stolca nie było.

21 c. r. 38·3, c. w. 38·0, tętno 60 do 90, nieregularne, *Opistothonus* ustąpił, *coma*.

22 Stan jednakowy, c. r. 38·2, c. w. 38·9, wieczorem przytomność na czas krótki powróciła, chora żądała napoju

23 c. r. 38·7 tętno nikłe, chybkie, szczękościsk, zupełny brak przytomności, znaczne rozszerzenie prawéj źrenicy c. w. 38·4. Drgawki silne i tługotrwałe. 24 nad ranem umarła.

Sekcyja wykonana 25 lutego wykazała: *Degeneratio caseosa glandul. bronchial. sbsq. peribronchitide tuberculosa et caseosa pulmonis utriusque sbqs. meningitide caseosa et hyperplasia glandul. mesaraicarum. Tumor lienis chronicus, infiltratio adiposa renis utriusque, concretio cordis cum pericardio totalis, degeneratio caseosa circumscripta exsudati pericardialis, pleuritis adhaesiva bilateralis obsoleta, oedema pulmonum recens.*

„Czaszka prawidłowa, symetryczna, opona twarda blada, gładka, lśniąca, opony miękkie cienkie, żywo drzewkowato nastrzyknięte, w licznych miejscach sine, surowiczo obrzękłe. W przestworach podpajęczych skąpa ilość cieczy surowiczéj nieco tylko mętnej. Na podstawie w bliskości mostu Varola i nerwów wzrokowych znaczniejsza ilość szarawéj, trzęskiéj wypociny, nadto widać wzdłuż zatoki Sylwiusza na przylegających do siebie powierzchniach mózgu, móżdżku, około *infundibulum* liczne guzki białawe, białawo-szare, wielkości ziarna maku, gdzieniegdzie w grupach po kilkanaście“.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Patologija.

Sokołow: O przeziewie skórą u dzieci w warunkach fizyjologicznych i patologicznych.

Fizyjologiczny przeziew skory badał autor za pomocą metody Weyrycha (hygrometru do doświadczeń używał podanego przez Crovata) u 35 dzieci w wieku od 1 do 13 go z. ż. i dokonał 250 doświadczeń, z czego wnosi, że 1) przeziew skóry jest w stosunku prostym do zmian ciepłoty otoczenia, — a odwrotnym do względnéj wilgotności powietrza, do wieku i do ciepłoty ciała. 2) przyjęcie pokarmów czy to stałych czy płynnych zwiększa fizyjologiczny przeziew, 3) powleczenie skóry tłuszczami choćby obojętnemi zwiększa przeziew.

W patologicznych warunkach badał autor przeziew skóry u 30 dzieci w wieku od 2 do 12 lat, dokonał 300 doświadczeń w przebiegu płonicy, 183 wśród normalnéj ciepłoty, 113 wśród gorączki i przychodzi do wniosku, że 1) w przebiegu płonicy we wszystkich okresach przeziew skórny zmniejszony, najbardziéj z chwilą wystąpienia białkomoczu, zapalenia nerek i napadu mocznicowego; to też te choroby wikłające płonicę wprowadza autor w związek przyczynowy z przeziewem skóry. 2) zwiększenie wilgotności a zmniejszenie ciepłoty otoczenia usposabia do powstania zapalenia nerek utrudniając przeziew skórny, ztąd chorych na płonicę należy trzymać w ciepłéj a suchéj ciepłocie. 3) ciepłe kąpiele zwiększają przeziew skóry, dlatego w przebiegu płonicy należy je stosować od samego początku i to najlepiéj o ciepłocie 30° R. przez 15 minut. 4) nacierań skóry, tak przez niektórych autorów polecanych, należy stanowczo zaniechać, albowiem zmniejszając przeziew ułatwia się tylko występowanie zapalenia nerek. (*Archiv f. Kinderheilkunde*, XIV Bd., V H., 1892). *Dr. Komorowski.*

Prof. Kocher: Zapobieganie matołectwu w świetle najnowszych badań.

Matołectwo przedstawia upośledzenie i upadek sił fizycznych i duchowych i łączy się z pojęciem idyotyi, wyróżniając się natomiast od głuchoniemoty i mikrokefalii. Występuje ono w dwóch formach, t. j. albo matołek zbliża się swem uzdolnieniem fizycznem i umysłowem do rzędu zwierząt lub do rzędu roślin,

Matołek jest wzrostu upośledzonego a pojedyncze jego członki są niestosunkowo znacznie rozwinięte i tak głowę ma zwykle wielką, toż samo brzuch, szyję krótką i grubą, nos szeroki, płasko zapadnięty, język wielki i gruby, wystające kości policzkowe i grube, wywinięte wargi. Obok tych znamion okazuje każdy matołek znaczną chérę *(cachexia)*. na skórze już widoczną. Skóra bowiem jego jest wiotka, zimną, pomarszczoną, nie sprężystą, często obrzękłą na wielu miejscach i kredowato bladą. Wejrzenie twarzy matołka jest przedwcześnie starcze. Mowy nie rozumie, mówić sam nie umie, zmysły ma z wyjątkiem wzroku upośledzone. O ile jeszcze może się poruszać i zmieniać miejsce, o tyle przy powyżéj opisanym stanie sił fizycznych i umysłowych równa się zwierzęciu; jeźli jednak, jak to u rzeczywistych matołków bywa, i poruszać się nie może, bo kończyny są za małe i nadto bezsilne, aby potwornem ciałem poruszać i je nosić, wówczas zbliża się do rzędu roślin. W tym ostatnim stanie domaga się matołek jedynie pokarmu.

Co do istoty matołectwa tyle nam jest tylko wiadomem, iż łączy się ono z wolem, który od Lombrosego uzyskał miano „herbu matołectwa“. Matołectwo zdarza się tylko w tych okolicach, w których nagminnym bywa wól; nierzadko spotkać można całe rodziny matołków z wielkiemi wolami, a co ważniejsza można spotkać w tychże samych rodzinach członków dotkniętych tylko wolem. Nie ulega wątpliwości, iż wól za sobą pociąga matołectwo; jednak nigdy nie wywołują pewne dotąd jeszcze nieznane szkodliwości najpierw matołectwa a następnie wole, lecz odwrotnie.

Autor wykazał dawniéj już, iż występująca po całkowitem wycięciu gruczołu tarczykowego wraz z wolem *„cachexia thyreopriva“* (lepiéj niż *strumipriva)* objawami swemi niczem od matołectwa się nie różni. Podobnie nie różni się niczem choroba samoistnie występująca, łącząca się z zupełnym zanikiem gruczołu tarczykowego, w ostatnich dopiero latach określona nazwą „myxoedema“. Wobec tych dowodów jest rzeczą stwierdzoną, iż matołectwo jest następstwem utraty czynności gruczołu tarczykowego w ustroju. Zdaniem K. istnieje matolectwo nagminne, operacyjne (*cachexia thyreopriva*) i wreszcie sporadyczne (myxoedema). Matołectwo bez wola wydarza się, ale wówczas matołek nie posiada nawet śladu gruczołu tarczykowego. Być może, że istniał u niego wól w życiu jego płodowem, następnie zaniknął wraz z resztką prawidłowego gruczołu tarczykowego. Wreszcie mógł gruczoł tarczykowy pod wpływem zmian zapalnych lub zakaźnych jeszcze w życiu płodowem zaniknąć.

Występowanie nagminne matołectwa łączy się z występowaniem wola. Przyczyną zaś wola zdaje się być woda, mieszcząca w sobie może odpowiedne pasorzyty. Możliwemby tedy było zapobiedz skutecznie występowaniu wola w okolicach nim nawiedzonych, starając się o lepszą wodę do picia, zaprowadzając wodociągi lub polecając do użytku domowego i do picia jedynie przegotowaną wodę. W taki sposób bowiem, jak to dowodzą Chińczycy, wola i matołectwa pozbyć się można. (*Deut. Zeitschr. f. Chir.* Bd. 34.)

Choroby nerwowe.

Prof. Schmidt-Rimpler (Getynga): Symulacyja współśrodkowego ścieśnienia pola widzenia w uwzględnieniu nerwic urazowych.

Symulacyja ścieśnienia pola widzenia istniała jeszcze przed ogłoszeniem ustawy skłaniającéj do wynagradzania osób dotkniętych wskutek jakiegokolwiek przypadku nerwicą urazową. Istniała ona już u żołnierzy a raczéj u powołanych do poboru wraz ze symulacyją upośledzenia bystrości wzroku naośnego. Przyczyną symulacyi może być niezrozumienie pouczenia badanego, jak ma się zachować przy badaniu za pomocą perimetru. Nie pojętny bowiem chory odpowiada nieraz przy badaniu za pomocą perimetru, że już marki posuwalnéj nie dostrzega, choć ją jeszcze widzi ale niedokładnie. U prawdziwych symulantów, a tych jest teraz bardzo wielu, odkąd wiadomem jest powszechnie, że ścieśnienie pola widzenia jest jednym z zasadniczych objawów nerwic urazowych, należy badanie rozpocząć od kampimetrycznego mierzenia pola widzenia. Mierzenie to uskutecznia się w następujący sposób. Badany staje twarzą do lekarza zwrócony

i wpatruje się okiem swem chorem w przeciwległe oko lekarza. Następnie lekarz od obwodu zbliża swą rękę w linii poziomej, a prostopadłej do środka linii łączącej oko jego z okiem badanego dopóty, aż badany powie, iż rękę jego spostrzega. Lekarz może porównać wówczas, o ile więcej musiał zbliżyć rękę, aby badany ją spostrzegł, niż dla jego (lekarza) oka było potrzebnem. Najpierw rozpoczyna lekarz badanie swe stając w odległości pół metra od badanego, następnie odległość tę dowolnie zwiększa. Z porównania otrzymanego pola widzenia w każdéj z tych odległości badania można dojść do wykrycia symulacyi. Jednak, aby oznaczenia pola widzenia były dokładnemi, należy znać dokładnie wielkość przedmiotu z obwodu posuwanego. Ztąd też lepszym do pomiarów kampimetrycznych pola widzenia jest sposób następujący: badany staje w odległości 30 ctm. od tablicy i wpatruje się okiem mającem się badać w punkt na tablicy naznaczony. Z obwodu zbliża się na tyczce markę znanéj wielkości tak długo, aż badany nie powie, iż ją widzi. Badanie to uskutecznia się kilkakrotnie posuwając za każdym razem badanego daléj od tablicy. Ponieważ nakreślona na tablicy za każdorazowym pomiarem wielkość odległości punktu najdaléj na obwodzie widzianego równa się iloczynowi z odległości oka badanego od tablicy i stycznéj kąta widzenia, to musi w miarę oddalenia się oka od tablicy za każdorazowem badaniem odległość oka od tablicy stale wzrastać, podczas gdy kąt widzenia zawsze jest ilością stałą. Tymczasem symulant będzie zawsze oznaczał, że w jednem tem samem miejscu markę widzi, bez względu na to, czy stoi bliżéj lub daléj od tablicy.

Wreszcie doskonałym sposobem wykrycia symulacyi jest sposób autora za pomocą pryzmatu. N. p. rozchodzi się o lewe oko, które w południku poziomym ma mieć od strony skroniowéj (zewnętrznéj) ścieśnione pole widzenia na perimetrze o 20°. Markę ustawia się stale przy 20 stopniu, a więc tam gdzie chory ją jeszcze spostrzega; prawe oko nakazuje się również zwrócić w punkt naośnego widzenia. Teraz wsuwa się przed lewe oko pryzmat 30 stopniowy podstawą ku nosowi, i za pomocą niego przesuwa się obraz marki dotąd widzianéj na więcéj obwodową część siatkówki. Jeżli istnieje rzeczywiste ścieśnienie pola widzenia, to za zbliżeniem pryzmatu marka stanie się dla badanego oka niewidzialną; jeżli marka była widzianą za pomocą widzenia obwodowego okiem prawem, wówczas marka będzie widzianą jak przed wsunięciem pryzmatu. Jeżli jednak istnieje symulacyja, a markę widzi oko nawet przy wsuniętym pryzmacie, wówczas marka okazuje się teraz w barwach tęczowych, a jeżli markę tę oprócz lewego, także prawe oko widziało, to symulant widzi teraz dwie marki, jedną w barwach tęczowych, drugą zwyczajną.

Badania te należy przeprowadzać tak, aby oko się nie nużyło, inaczéj wyniki będą błędne. W nerwicach urazowych znużenie oka prędzéj może wystąpić, a więc należy pomiary kampimetryczne najpierw z większych potem z coraz mniejszych odległości uskuteczniać. (*Deut. med. Wochschr.* N. 24. 1892). *Dr. Wachholz.*

Choroby wewnętrzne.

Hampeln (Ryga): **Przypadek tachykardyi Gerhardta.**

Przyspieszenie akcyi serca należy i u ludzi zupełnie zdrowych do rzeczy codziennych. Obawa, nagła radość lub przestrach je wywołuje a nawet występuje ona pod wrażeniem snów. Na czem innem jednak polega *tachycardia* Gerhardta. Zależną ona jest od zmian w rozgałęzieniach sercowych nerwu błędnego, rzadziéj współczulnego i prowadzi do stałego lub przejściowego przyspieszenia. Rozróżniamy też *tachycardia habitualis et paroxytica*. Probsting znalazł pewne zmiany anatomiczne w nerwie błędnym. Często przyczyną *tachycardii* są przebyte cierpienia serca.

Autor obserwował silnego mężczyznę, który przed 15 laty przebył zapalenie surowicze osierdzia. Od czasu tego tętno utrzymuje się stale między 140—148. Długi czas niedoznawał on żadnych dolegliwości i dopiero późniéj przyłączyło się bicie serca po najdrobniejszych powodach. Szybkie wstanie z stołka, rozbieranie lub ubieranie się już je wywoływało. Prócz tego powstała *tachycardia paroxytica*, która często kilka godzin trwała. Wśród napadu tętno dochodziło do 240—280 uderzeń. Wśród cierpień swych chory zapadł na melancholiję, skutkiem czego umieszczony został w zakładzie dla nerwowych. Tutaj stan psychiczny się znacznie poprawił, aczkolwiek napady *tachycardii* trwały dalej. W kwietniu 1891 r. chory dostał nagle w nocy bardzo silnego napadu. Nad ranem bez powodu i przyczyny bicie serca zupełnie ustało a tętno po latach 16 tu raz pierwszy do normalnéj liczby uderzeń wróciło. Był to ostatni napad. Od czasu tego mężczyzna ów jest zupełnie zdrowy.

Tachycardia w przypadku tym nie mogła polegać na neurozie serca ani na porażeniu n. błędnego a podrażnieniu współczulnego, bo cierpienie zanadto długo trwało i zakończyło się samowyleczeniem nagłem. Przyczyną w tym przypadku mogły być tylko zrosty osierdziowe, które stanowiły mechaniczną przeszkodę w skurczach serca, które skutkiem tego, zmuszone jednakową ilość krwi z komórek wypędzić, częściéj kurczyć się musiało. Samouleczenie tłómaczy sobie autor w ten sposób, że po silnym napadzie *tachycardii* nastąpiło przerwanie zrostów, serce z więzów swych uwolnione zostało, skutkiem czego i napady ustały. (*D. m. Wschft.* N. 35, 1892). *Dr. Mendelsburg.*

Choroby skórne i kiłowe.

Strauss (Berlin): *Lues tarda laryngis.*

Szczupła literatura o przypadkach późnéj formy przymiotu dziedzicznego (*lues hereditaria tarda*) u dzieci, z umiejscowiem w krtani, pochodzi ztąd, iż jakkolwiek w porównaniu z dorosłymi zarówno często ta lokalizacyja występuje, to przecież trudności przy badaniu dzieci, brak bolesności i dążność do szybkiego gojenia się owrzodzeń łatwo usuwają się z pod badań lekarskich, zazwyczaj dopiero objawy zwężenia krtani zmuszają chorych do wezwania pomocy lekarskiéj a stan choroby w tym okresie otwiera pole do spostrzeżeń. Opisawszy trzy przez siebie spostrzeżone przypadki i zestawiając je z 14 przypadkami znanemi w literaturze, daje autor następującą charakterystykę tego stanu chorobowego:

1) Zmiany kiłowe występują przedewszystkiem na nagłośni, tylnéj ścianie krtani i fałdzie nalewko-nakrywkowym.

2) Obraz wziernikowy krtani przedstawia się najczęściéj w postaci obrzmienia błony śluzowéj w miejscach wyż wspomnianych lub, co rzadziéj się zdarza, w postaci wyniosłości brodawkowatych dających powód do owrzodzeń z następowem zwężeniem krtani.

3) Zmiany na tylnéj ścianie przełyku i podniebieniu występują dopiero po wielkich zniszczeniach krtani. Co do rokowania korzystnego w przebiegu tejże choroby, to ono jest w stosunku odwrotnym do wieku. (*Archiv f. Kinderheilkunde*, 1892, Bd. XIV, H. V). *Dr. Komorowski.*

Toksykologija.

Chapmann: **Działanie toksyczne tytoniu.**

Zatrucie nikotyną u robotników zatrudnionych w fabrykach tytoniu wywołuje w pierwszym lub drugim dniu gwałtowne wymioty, odbijania, biegunki, czasem nawet ogólny zapad. Jednak ustrój przyzwyczaja się zwolna do trucizny. Objawy te powtarzają się ale z mniejszem znacznie nasileniem, wywołując znaczne wychudnienie. Ch. podaje trzy przypadki przewłocznego otrucia tytoniem. Pierwszy zdarzył się u chłopca lat 10 liczącego, zajętego w fabryce tytoniu. Zapadł on wśród gwałtownego bólu brzucha w okolicy pępka; ciepłota ciała wynosiła 38° C., tętno nieregularne i nikłe 108. Ruchy oddechowe krótkie i płytkie, czasem głębokiemi wdechami przerywane. Brzuch lejkowato się w głąb zaciągnął. Chorego czuć było mocno tytoniem. Leczenie morfiną, atropiną, zmywaniami i kąpielami zwolna powracało chłopcu zdrowie. W drugim przypadku 11-letnia dziewczyna mimo leczenia zmarła, w trzecim zaś chłopiec 9-letni, znacznie wychudzony pod wpływem przetworów żelaza,

chininy i strychniny, szybko wyzdrowiał. W czasie ozdrowienia cierpiał tylko z powodu nerwobólu w zakresie nerwu troistego.

Ch. uważa wychudnięcie za najczęstszy objaw zatrucia tytoniem a polega ono zdaniem Ch. na zmniejszeniu wydzielania się soku żołądkowego przy równoczesnem zwiększeniu ruchu robaczkowego żołądka, skutkiem czego niestrawione przez żołądek pokarmy zdążają do jelit i tu nieżytów bolesnych przyczyną się stają. W końcu toksyczną własność tytoniu w fabrykach przypisuje Ch. nikocyjaninie, zawartéj tylko w suchych liściach tytoniu a nie nikotynie. (*Gazette médic. de Paris.* 1892, Nr. 29).

Medycyna sądowa.

Oebbecke: **Znaczenie opadnięcia macicy przy orzeczeniu sądowo-lekarskiem w przypadku zgwałcenia.**

Kobieta 51 lat licząca, wdowa, zgłosiła się do O. po świadectwo lekarskie celem wniesienia skargi o gwałt. Kobieta ta wracała ze wsi do siebie do domu. W drodze spotkała jadącego wozem znajomego masarza, który ją zaprosił, by wsiadła do wozu, a następnie wyraził jéj życzenie, iż pragnie z nią spółkować. W tym nawet celu zboczył z drogi w las. Kobieta wzbraniala się oświadczając mu, iż cierpi na opadnięcie macicy, wreszcie usiłowała uciekać. Masarz ją dognał i dopiął celu swego. W dochodzeniu sądowem zaprzecza masarz zeznaniom poszkodowanéj i oświadcza, jakoby ona sama jemu z myślą spółkowania się ofiarowała, lecz on wiedząc, iż ona cierpi na opadnięcie macicy, z życzeniem jéj się nie zgodził. Badanie sądowo-lekarskie poszkodowanéj wykazało liczne sińce na wewnętrznéj stronie obydwóch ud; w częściach rodnych wykazało obniżenie się macicy tego stopnia, iż można było wprowadzić do pochwy tylko $^2/_3$ palca badającego. Część pochwowa, jak zwykle w podobnem cierpieniu, była zgrubiałą, przy słabym dotyku mocno bolesną. Na koszuli z przodu znalazł O. plamy jakby krochmalne, których badanie wykazało plemniki.

Wobec tego wyniku oględzin nie ulegało wątpliwości, iż zeznania obżałowanego rozminęły się z prawdą. Spółkowanie musiało mieć miejsce, czego dowodem niezbitym były plamy z nasienia pochodzące, na koszuli znalezione; sińce zaś na wewnętrznéj stronie ud przemawiały za dokonaniem gwałtu. Przypuszczenie to ostatnie nabiera znaczenia istotnéj prawdy, jeżeli się zważy, iż kobieta ta dotknięta obniżeniem macicy wśród spółkowania nie rozkoszy lecz silnego bólu doznaćby musiała, wobec czego sama raczéjby od spotkania płciowego stroniła, nie zaś do niego nakłaniała. (*Vierteljschr. f. ger. Med.* T. IV. Z. 1. 1892). *Dr. Wachholz.*

W sprawie cholery tegoroczněj.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 41.)

Trusewicz: Roczczyn nitrogliceryny i amoniaku jako środki podniecające w cholerze.

Jako wskazanie do stosowania nitrogliceryny uważa autor taki stan naczyń, gdy pomimo osłabienia tętna wyczuć można tętnicę sprychową, która nie jest zapadniętą, a często nawet ściany jéj twarde, napięte. Wtedy radzi T. podawać jako środek symptomatyczny 1—2 kropel jednoprocentowego roczczynu nitrogliceryny, która wywołuje rozszerzenie naczyń, zaczerwienienie skóry, uczucie ciepła i mierne pocenie się. Rozszerzenie naczyń skórnych ma mieć dwojaki skutek: 1) Odwodzenie krwi od łożysk przepełnionych nią, jestto zatem niejako autotransfuzyja; 2) zmniejsza opór dla pracy serca, które zaczyna bić silniéj. Skutki takiego działania nitrogliceryny spostrzegał autor niejednokrotnie w chorobie morskiéj i innych cierpieniach. Inaczéj rzecz się ma, gdy badanie tętnicy sprychowéj wykazuje niedopełnienie jéj i zwolnienie ścian naczynia, co się cechuje przez miękkość lub całkowite zanikanie obrysów tętnicy. W takim przypadku naszem zadaniem jest wzmocnienie kurczliwości ścian naczyń, zwężenie łożyska obwodowego — a za najlepszy środek do osiągnięcia tego celu uważa autor amoniak w dawce 3–8 kropel na jednę strzykawkę Pravaza podskórnie. Również podawanie wewnętrzne amoniaku oddaje, według T., podczas epidemii cholery bardzo dobre usługi. (*St. Petersb. med. Woch.* 1892, Nr. 36).

Andreesen proponuje na podstawie teoretycznego rozumowania (nie mając sam sposobności leczenia chorych cholerycznych) stosowanie w cholerze przepłukiwań żołądka roczczynem kwasu garbnikowego, aby w ten sposób zobojętnić i odrazu wydalić prątki choleryczne. Autor uważa za prawdopodobne, że i jad choleryczny wobec hypersekrecyi istniejącéj w przewodzie pokarmowym, a zniesienia czynności nerek i skóry zostaje przez żołądek wydzielony. Przepłukiwania żołądka roczczynem taniny strącałyby i wydalały jad choleryczny i w ten sposób przeszkodziłyby powtórnemu wessaniu jadu. Nadto radzi autor podawania przetworów beladony, aby przez to zmniejszyć czynność gruczołów wydzielniczych żołądka i jelit — równocześnie zaś stosowanie enterokliz z taniny i pobudzanie skóry i nerek do czynności za pomocą hydroterapii. (*Tamże.*)

Pasteur podał na posiedzeniu paryskiéj Akademii Umiejętności wiadomość, że próby szczepienia ochronnego przeciw cholerze wykonane w zakładzie Pasteura przez rosyjskiego biologa Dra Hawkina na sobie samym i trzech innych osobach, doprowadziły do wyników zachęcających do dalszych badań. Hawkin zwrócił się do rządu rosyjskiego z propozycyją, aby mu pozwolono w okolicach nawiedzonych cholerą zbadać skuteczność szczepienia ochronnego i przedłożył przychylne zdania w téj mierze Pasteura i Rouxa. Jednakże grono lekarzy po zbadaniu téj sprawy orzekło, że szczepienia ochronne z osłabionym jadem cholerycznym na razie nie mogą być jeszcze w życie wprowadzone. (*Tamże*).

Clemens (Frankfurt n. M.): Kreolina przeciw cholerze.

Autor stosował od dłuższego czasu kreolinę w licznych przypadkach chorób jelit tak ostrych jak i przewlekłych z pomyślnym skutkiem i wyraża z tego powodu przekonanie, że środek ten także w przebiegu cholery azyjatyckiéj podawany w dużych dawkach może rozwinąć zbawienne działanie. Okoliczność że kreolinę znoszą chorzy w dawkach dość znacznych (40—60 kropel 3 razy dziennie) bez szkody całemi miesiącami, przemawia za nieszkodliwością tego środka. Zdaniem Cl. wartałoby także spróbować, czy kreolina podczas epidemii cholery nie stanowiłaby dobrego środka zapobiegawczego. W tym celu proponuje po każdéj uczcie zażywać 30 kropel kreoliny w mleku. Autor nie zauważył ani w jednym przypadku nudności lub wymiotów nawet po dużych dawkach kreoliny u osób bardzo wrażliwych. (*Der aerztl. Praktiker*, 1892, Nr. 33).

„O cholerze w Lublinie i okolicach", dla któréj zbadania wysłaną została osobna komisyja, zdaje sprawę w Nrze 40 „Gazety Lekarskiéj" Dr. E. Przewoski członek téj komisyi.

Z spostrzeżeń P. i lekarzy miejscowych wynika, że cholera w Lubelskiem przebiega przeważnie szybko i jednostajnie. Okres wstępnéj biegunki trwa zazwyczaj tylko kilka godzin, albo przemija tak prędko, że chory wcale go nie zauważa, w rzadkich przypadkach biegunka trwała kilka dni. W *stad. algidum*, które trwa zwykle jeden dzień, rzadziéj dwa dni, stolce i wymioty nie są zbyt obfite; zresztą objawy niczem nie różnią się od powszechnie występujących w cholerze. Kurcze w łydkach wogóle nie są zbyt silne, w niektórych przypadkach, które według doświadczenia Dra Flindera przebiegają zazwyczaj o wiele cięźéj, brak ich zupełnie. Cholera-tyfoid występuje u 20% ciężko chorych, a kończy się prawie zawsze śmiercią.

Z badania bakteryjologicznego zasługuje na uwagę nieco odmienne wejrzenie drobnoustrojów cholerycznych, które są znacznie większe od prątków przecinkowych Kocha, otrzymanych w czystych hodowlach, pochodzących z poprzednich epidemij. (Do podobnych wyników doszedł także, ba-

dając przypadki cholery w Krakowie, prof. Gluziński. *Przyp. sprawozd.*).

Co do drogi, którą cholera została zawleczona w Lubelskie, nie ulega wątpliwości, że przeniosła ją kobieta z Rostowa do Biskupic za pośrednictwem brudnéj bielizny, od któréj zakażeniu uległa praczka. Biskupice same położeniem swem oraz nędznemi warunkami sanitarnemi stały się nader dogodnym gruntem dla rozwoju zarazka.

Dr. P. zwraca szczególną uwagę lekarzy, którzy będą mieli sposobność walczenia z tegoroczną epidemiją, na jéj właściwy a odmienny od zwykłego typu przebieg. Mianowicie uderzającą jest mała obfitość wypróżnień stolcowych i wymiotów, a znaczne natomiast porażenie czynności serca, które zdaniem autora jest wyrazem szybkiego zatrucia ustroju produktami przemiany materyi prątków cholerycznych.

Pfuhl (Berlin): Desinfekcyja wypróżnień cholerycznych za pomocą mleka wapiennego.

Powszechne zastosowanie mleka wapiennego do desinfekcyi dejekcyj cholerycznych wywołało między innemi protest prof. Pekelharinga z Utrechtu, który przytaczał doświadczenia Eykmana z Batawii, z których wynikałoby, że mleko wapienne jest bardzo słabym środkiem desinfekcyjnym dla świeżych odchodów cholerycznych. Według Dra Eykmana wyniki otrzymane z mlekiem wapiennem w Europie odnoszą się jedynie do sztucznie hodowanych prątków przecinkowych, a nie do świeżo wydalonych z ustroju ludzkiego.

Celem skontrolowania tych twierdzeń wykonał P. w zakładzie dla chorób infekcyjnych Kocha kilka doświadczeń z świeżemi dejekcyjami chorych cholerycznych, zawierającemi obficie żyjące prątki przecinkowe. Z doświadczeń tych wynika, że mleko wapienne zabija prątki w dejekcyjach, jeżeli zostaje zmięszane z wypróżnieniami i jeżeli mięszaninę pozostawi się następnie przez godzinę. Samo dolanie mleka wapiennego do wydalin cholerycznych bez zmięszania mechanicznego i pozostawienia przez godzinę nie wystarcza według P. do zabicia wszystkich prątków cholerycznych. *(Deut. med. Woch.* Nr. 39).

Samuel (Królewiec): O konieczności ciągłéj infuzyi podskórnéj w leczeniu cholery.

S. był jednym z pierwszych, którzy zalecali infuzyję podskórną rozczynu soli w cholerze (w r. 1883). Wychodząc z zasady, że wszystkie objawy w *stadium algidum* są następstwem zagęszczenia i nierównomiernego rozdzielenia krwi, która gromadzi się w naczyniach trzewowych i ztąd powstającéj niedokrwistości głównych narządów ustroju, wykazuje autor w omawianym artykule, że jedynie infuzyja podskórna rozczynu soli może objawy te usunąć. Że jednak zastosowanie infuzyi nie wydało rezultatów jakich się spodziewano, że wyniki wyleczenia nie są o wiele większe od odsetek dobrowolnego wyleczenia, przypisuje autor téj okoliczności, że jak dotąd wykonywane infuzyje nie odpowiadają fizyjologicznym postulatom, tj. nie stosuje się ich dość wcześnie, w nadto małéj ilości, nie dość długo i nie bez przerwy.

Infuzyję należy rozpocząć wcześ, jeżeli mamy się spodziewać dobrych rezultatów, nie można jéj używać jako *ultimum refugium.* Im dłużéj trwa zagęszczenie krwi i połączone z niem zgubne dla krążenia i przemiany materyi skutki, tem trudniejsze do usunięcia są powstałe zboczenia; należy uprzedzić zagęszczenie krwi. Gdy tylko pomimo działania miejscowego na jelito (opium, enterokliza) biegunka nie ustaje, stolce przybierają cechy wody ryżowéj, i występują objawy ubytku wody we krwi (nieregularność tętna, sinica, kurcze w łydkach itd.), należy przystąpić do infuzyj podskórnych. W wątpliwych przypadkach lepiéj zawcześnie niż zapóźno. Infuzyja musi być ciągła, nie przerwaną, tak jak nie przerwaną i ciągłą jest utrata wody z krwi, zagęszczenie krwi i nierównomierne jéj rozmieszczenie w naczyniach. Przez jedno, dwu lub trzechrazową infuzyję nie można krążenia prawidłowego w ustroju na stałe utrzymać, chyba tylko gdy okres zamartwiczy ma się już ku końcowi. Infuzyja nie przerwana może ustać dopiero z powróceniem prawidłowéj czynności nerek; dopiero kilkakrotne oddanie moczu jest znakiem, że krążenie krwi zbliża się do prawidłowego, a nawet wtedy dobrze jest dla lepszego przepłukania nerek wykonać kilkakrotnie infuzyję podskórną. Jeżeli resorbcyja żołądka i jelit nie jest upośledzoną i jeżeli chory w tyfoidzie pomimo bezprzytomności przyjmuje obficie wodę, można infuzyj zupełnie zaprzestać.

Infuzyję podskórną należy wykonywać tylko na miejscach, z których łatwo ulegnie resorbcyi, a takiem miejscem jest według S. okolica podobojczykowa, w któréj z powodu bliskości serca krążenie a tem samem i zdolność wchłaniania jest najmniéj upośledzona. Dodawanie środków podniecających lub drażniących do infuzyi, uważa autor za nieodpowiednie i każe środki takie osobno strzykawką Pravaza wstrzykiwać.

Sposób wykonywania ciągłéj infuzyi zaleca autor następujący: Nad łóżkiem chorego wisi irygator, z którego wychodzą dwie rury kauczukowe zakończone kaniulami srebrnemi. Irygator i rurki wypełnia się fizyjologicznym rozczynem soli kuchennéj ogrzanym do 40°, a kaniulki opatrzone kurkami wprowadza się za pomocą trójgrańca pod skórę w obie okolice podobojczykowe. Osoba, któréj powierza się nadzór nad chorym, zamyka za każdym razem gdy tylko nagromadzi się pod skórą większa ilość płynu, kurek po odpowiedniéj stronie i rozcieraniem przyspiesza wessanie płynu. W ten sposób dolewając w miarę potrzeby płynu do irygatora: można utrzymać stałą infuzyję, która trwać powinna dopóty, dopóki istnieje okres zamartwiczy. Z tym samym trójgrańcem może lekarz udać się do drugiego chorego i proceder ten sam powtórzyć. (*Deut. med. Woch.* Nr. 39). *Dr. Beck.*

Desprez-St. Quentin: **Mięszanka chloroformowa w leczeniu cholery.**

Na posiedzeniu Akademii medycznéj w Paryżu przedstawił D. dnia 13 września b. r. swój sposób leczenia cholery, wypróbowany w latach 1864—1867. Mięszanka chloroformowa, używana przez niego, czyni zadość następującym wskazaniom: 1) Uspokaja bolesne kurcze żołądka, sprowadzając, w miernéj podawana dawce, uczucie świeżości a nadto wzmacniając ustrój. 2) Podnosi podupadającą czynność wydzielniczą skóry. 3) Wyrównywa skład i krążenie krwi.

W tym czasie, gdy mięszankę tę autor począł stosować, nie znaną była przyroda cholery; dziś jednak doświadczalnie przekonał się, iż mięszanka jego ma również silne własności przeciwpasorzytnicze. Salkowski bowiem wykazał w 1888 roku, że świeżą hodowlę prątków cholery można w ciągu jednéj minuty wyjałowić, mięszając je z równą ilością wody chloroformowéj. Chloroform działa zatem w cholerze niszcząc prątki, znosząc bolesne kurcze żołądka, podnosząc odruchowo trawienie.

Dołączony do mięszanki octan amonowy podnosi krążenie w naczyniach włosowatych, uniemożliwia zagęszczenie się krwi, podnosi czynność wydzielniczą skóry. Wspólnie z morfiną w postaci syropu wchodzącą w skład mięszanki, wywołują zbawienne poty i tak w pomoc przychodzą nerkom, których czynność bywa w cholerze osłabioną lub zniesioną. Makowca nie stosuje dlatego, iż ten znieczulając i wywołując przekrwienie mózgu, działa szkodliwie. Do rozpuszczenia mięszanki używa zwykłéj przegotowanéj wody. Chorego zawija w prześcieradła, ogrzewa kamionkami bardzo gorącemi i co ½ godziny daje łyżkę mięszanki:

Rp. *Chloroformi*	*1,00*
Alcohol	*8,00*
Ammoni. aceti.	*10,00*
Aq. coctae	*110,00*
Syr. morphii muriat.	*40,00*

Lekarzom cholerycznym poleca jako środek zapobiegawczy przed lub po jedzeniu pić ½ szklanki wody chloroformowéj (1:500 lub :1000 0). (*Münch. med. Wschrft.* Nr. 38, 1892). *Dr. Wachholz.*

(Ciąg dalszy nastąpi.)

IV. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 13 października. Notatka kronikarska o cholerze, z d. 29 września, zamieszczona w Nrze 40-ym naszego czasopisma z d. 1 października b. r. ściągnęła na siebie niezadowolenie krajowéj Rady zdrowia i zniewoliła ją do wyrażenia z tego powodu swojego ubolewania. Pomijamy zupełnie szorstki i nieprzyzwoity ton komunikatu krajowéj Rady zdrowia, który, jak sądzimy, nie odpowiada wcale ani ciężkości naszéj rzekoméj winy, ani powadze krajowéj Rady zdrowia, a pomijamy go w tem przekonaniu, że ton ten nie nam uchybia i przystępujemy wprost do saméj rzeczy. Zarzuca krajowa Rada zdrowia „Przeglądowi“ przedewszystkiem, że *„podaje w wątpliwość istnienie cholery w Krakowie wogóle a co najwięcéj przyznaje jéj sporadyczne pojawienie się“*. W téj mierze pozwalamy sobie zwrócić uwagę krajowéj Rady zdrowia, że z obowiązku kronikarskiego wspomnieliśmy wprawdzie w owéj notatce, że „pomiędzy lekarzami tutejszymi powstała wątpliwość, czy wogóle istniała cholera w Krakowie; przebieg bowiem nad wszelkie oczekiwanie pomyślny każe jednym przypuszczać, że kilka przypadków, o których doniesiono, nie były wcale cholerą azyjatycką“, dodaliśmy jednak zaraz „podczas kiedy drudzy, polegając na badaniu bakteryjologicznem, przypuszczają, że było rzeczywiście kilka przypadków cholery azyjatyckiéj“, nigdzie jednak nie wypowiedzieliśmy naszego pod tym względem zdania, a więc nie uprawnili niczem zarzutu, „że „Przegląd Lek.“ podaje w wątpliwość istnienie cholery w Krakowie wogóle“. Ale przypuściwszy, że już sama wzmianka o wątpliwości niektórych lekarzy co do pojawienia się cholery w Krakowie stanowi dowód, że „Przegląd Lek.“ podaje w wątpliwość istnienie cholery w Krakowie wogóle“, to i w takim jeszcze razie dalszy a główny zarzut, że „Przegląd Lek.“ „wprowadza publiczność w błąd co do potrzeby i użyteczności środków ostrożności przez władze dla stłumienia epidemii wprowadzonych“, nie jest uzasadniony, a to już z tego powodu, że „Przegląd Lekarski“, jako pismo fachowe nie pisze dla publiczności lecz dla lekarzy, a rozgłos temu co „Przegląd Lek.“ napisał, nadał w szerokich kołach publiczności dopiero komunikat krajowéj Rady zdrowia, zamieszczony w „Gazecie lwowskiéj“, a powtórzony następnie przez wszystkie niemal dzienniki polityczne. Powtóre, jeżeli przypuszczenie niektórych lekarzy, że w Krakowie nie było wcale przypadków cholery *„a środki zarządzone przez władze z dotkliwą szkodą materyjalną dla mieszkańców tutejszych były zbyteczne“* ma być nam imputowane, to prosta sprawiedliwość nakazuje napisać w rubryce naszego „habet“ przytoczenie i przeciwnego przypuszczenia innych lekarzy, *„że było rzeczywiście kilka przypadków cholery azyjatyckiéj, lecz że cholera w samym zawiązku przytłumioną została, dzięki energicznym zarządzeniom władz“*. Jeżeli zaś tak, to nie może być mowy o tem, że „Przegl. Lek.“ „wprowadza publiczność w błąd itd.“. Jakoż istotnie cała zbrodnia, jakiéj się „Przegląd Lek.“ dopuścił, polega na tem, że pisząc inkryminowaną notatkę w dniu 29 września, a więc w chwili, w któréj według urzędowych sprawozdań fizyka miejskiego nie było od pięciu dni ani jednego przypadku zachorowania ani śmierci z cholery, oddał się przedwczesnéj nadziei, że cholera niepowrotnie stłumioną została, a daléj, że wspomniał, iż zdaniem obu partyj lekarzy i w myśl uchwały Rady miejskiéj, zapadłéj dnia poprzedniego, nadszedł już czas cofnięcia obostrzeń tak dotkliwych dla materyjalnych interesów miasta. Do téj zbrodni możemy przyznać się z sercem tem lżejszem, ile że komisarz rządowy w Sejmie, hr. Łoś, w odpowiedzi swéj, danéj w dniu 27 września, na interpelacyję posła Jędrzejowicza, oświadczył, „że rząd ze względu na pomyślny stan sanitarny kraju poczynił odpowiednie kroki, aby zarządzone ograniczenia co do przewozu i przywozu towarów doznały ulg“, a w uzasadnieniu tego oświadczenia dodał, że „w Podgórzu od d. 18 b. m., w Krakowie od d. 23 b. m. nie zdarzył się ani jeden przypadek zasłabnięcia, jest więc wszelka nadzieja, że kraj nasz w krótkim czasie jako zupełnie wolny od zarazy uznany zostanie“.

* Otrzymaliśmy następujące zawiadomienie:

Komitet zarządzający Kasą pomocy dla osób pracujących na polu naukowem, imienia J. Mianowskiego, podaje do wiadomości, że z zapisu Jakóba Natansona, przyznane zostaną w r. 1893 dwie nagrody pieniężne. Jedna nagroda przyznana będzie za najlepszą pracę z dziedziny nauk ścisłych (matematyka, nauki przyrodnicze włącznie z biologicznemi), ogłoszoną drukiem w języku polskim w latach: 1889, 90, 91 i 92; druga za takąż pracę w dziedzinie nauk społecznych, filozoficznych, prawnych lub tym podobnych. Zgodnie z ustawą Kasy pomocy i stosownie do zastrzeżeń uczynionych przez zapisodawcę, powyższe nagrody udzielone być mogą jedynie: poddanym rosyjskim, mieszkańcom Królestwa polskiego, w Królestwie urodzonym. Komitet zarządzający kasą własnem staraniem usiłuje zebrać, dla poddania ocenie, prace ogłoszone drukiem w wymienionym okresie; dla uniknienia jednak możliwych przeoczeń, prosi o składanie prac, o których mowa, w biurze Komitetu (Bank Handlowy) lub na ręce jednego z członków komitetu przed końcem lutego 1893 r. Prezes *Dr. Ignacy Baranowski*. Sekretarz *Dr. Konrad Dobrski*.

* Po wizycie uzkutecznionéj w szpitalu bialskim przez radzcę ministeryjalnego i referenta spraw lekarskich Dra Kusego, prymaryjusz tego szpitala p. Dr. Bogdanik otrzymał od Ministerstwa spraw wewnętrznych uznanie za znakomite traktowanie i pielęgnowanie chorych w tym szpitalu pod jego opieką znajdujących się.

* Dr. Emanuel Rosenbłatt zawiadamia nas, że od d. 8 października b. r. zamieszkał przy ulicy Basztowéj pod l. 25 i w tych samych godzinach nadal ordynuje.

* W tygodniu 38-ym (od 18—24 września) było w Krakowie małżeństw 12, urodzeń 56, skonów 50, z tych z gruźlicy 12, z nieżytu żołądka i jelit 6, z zapalenia płuc 5, z dławca i błonicy 3, z czerwonki 2, z cholery 1.

W tygodniu 39-ym (od 25 września do 1 października) było małżeństw 20. urodzeń 48, skonów 51, z tych z nieżytu żołądka i jelit 10, z gruźlicy 7, z zapalenia płuc 4, z cholery 4, z dławca i błonicy 2.

* **Wiadomości uniwersyteckie**. Słynny chirurg w szpitalu w Glasgowie Dr. Wilhelm Macewen mianowany został zwyczajnym profesorem chirurgii w uniwersytecie Londyńskim.

W uniwersytecie wiedeńskim zapisanych było w półroczu letniem 1892 słuchaczów medycyny 2310, z których 606 nadzwyczajnych. Pomiędzy nimi było 398 z Austryi dolnéj, z Węgier 355, z Galicyi 293, z Morawii 258, z Czech 223, z Bośnii 1, z Prus 27, z Włoch 5, z Rosyi 81, z Rumunii 51, Serbii 34, Bułgaryi 18, z Ameryki 47.

Docent wiedeński, mianowany przed paru tygodniami profesorem pedyjatryi w Insbruku, Dr. Foltanek, już podziękował za profesurę i wyniósł się z Insbruku, a to z powodu, że nie mógł otrzymać choćby skromnego oddziału szpitalnego. — Prof. Billroth we Wiedniu, przy sposobności jubileuszu 25-letniéj działalności w uniwersytecie wiedeńskim, otrzymał od Cesarza oznakę honorową dla sztuki i umiejętności.

* **Nekrologija.** W Kopenhadze umarł prof. Edward Ibsen, lekarz przyboczny następcy tronu.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 37: Hewelkego: Przegląd krytyczny metod leczenia cholery; Domańskiego: O rozpoznawaniu kiły układu nerwowego (dok.); Kamieńskiego: Początki histeryi u dziecka (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 37: J. Kramsztyka: Tężyczka samoistna u dzieci (dok.); Neugebauera: O wskrzeszaniu cięcia łonowego przez szkołę położniczą neapolitańską (c. d.). — W *Zdrowiu* Nr. 83: Tchórznickiego: Przygotowania sanitarne wobec cholery. Danielewicza: Warszawska śmiertelność w r. 1891; Dubiniewicza: O nowym środku desinfekcyjnym prof. Nenckiego. — W *Gazecie Lek.* Nr. 38: Kosińskiego: O zwyrodnieniu śluzowem komórek rakowych; Kamieńskiego: Początki histeryi u dziecka (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 38: Herynga: Gruźlica błony śluzowéj nosa (c. d.); Rybickiego: Przyczynek do historyi szpitalnictwa krajowego. W *Kronice Lek.* Nr. 9: Dzierzewskiego: O t. zw. palcu przytykającym; Rychlińskiego: Przyczynek do badania drobnowidowego mózgu; Roterozena: Niezwykły przypadek zapalenia otrzewny. — W *Gazecie Lek.* Nr. 39: Higera: Kilka słów o jąkaniu histerycznem; Kamieńskiego: Początki histeryi u dziecka (dok.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. ŚWIĄTECKI (w Warszawie): Eine pract. Färbungsmethode d. mikrosk. Präparate (odbicie z Centralbl. f. Bakteriologie 1892) in

8-vo str. 3. — Dr. GRUNDZACH (w Warszawie): Ueber Gallensteine im Magen (odb. z W. med. Presse 1891) in 8-vo str. 4. — Dr. WACHHOLZ: O przewrotnym popędzie płciowym (odb. z „Przeglądu Lek.“ 1892) in 8-vo str. 16. — Prof. Dr. RYDYGIER: O leczeniu wysiękowego zapalenia opłucny, Poznań 1892 (odb. z Nowin Lek. 1892), in 8-vo str. 14. — Stan współczesny polskiego piśmiennictwa lekarskiego (odb. z Ateneum) in 8-vo str. 25. — Prof. Dr. MARS: O złośliwym gruczolaku macicy (z tablicą chromolitograf.) (odb. z Rozpraw Akademii Umiejętności w Krakowie), Kraków 1892, in 8-vo str. 15.— Wł. JAWORSKI: Przyczynek do anatomii patolog. marskości wątroby u człowieka, powstałéj pod wpływem zastoju żółci (odb. z Pam. Tow. lek. warsz.). Warszawa 1892, in 8-vo str. 72, z tabl. chromolitograf.— Dr. KAPUŚCIŃSKI: Co to jest cholera i jak ją należy zwalczać? Poznan 1892, in 12-mo str. 37. — Prof. DITTRICH: Ueber die mit d. Geburt in Zusammenhange stehenden Eindrücke u. Verletzungen d. kindl. Schädels u. deren gerichtsärztl. Bedeutung (odb. z W. klin. Woch. 1892) in 8-vo str. 24. — Mme Théodora KRAJEWSKA (Varsovie): Recherches physiologique sur la réaction de dégénérescance. Genève 1892, in 8-vo str. 52.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 19 października b. r. o godzinie 6-téj wieczorem posiedzenie zwyczajne w sali „Śniadeckich“ (*Collegium novum* I piętro).

Porządek dzienny: 1) kol. Obaliński będzie miéć wykład: „O nowym sposobie operowania wynicowanego pęcherza (*ectopia vesicae*) i przedstawi chorego; 2) kol. Browicz przedstawi wnioski w sprawie wodociągów krakowskich.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Halban.**

OGŁOSZENIE KONKURSU.

Zwierzchność gminna miasta Czernelicy, pow. Horodenka, ogłasza konkurs na posadę lekarza miejskiego z płacą roczną 620 złr. Termin podawania się do dnia 1 listopada 1892 r.

Czernelica dnia 7 października 1892.

112—1—1 *Jan Wypaśniak*, naczelnik miasta.

KONKURS 111—1—1

Przy szpitalu św. Ludwika dla dzieci w Krakowie opróżnioną jest posada sekundaryjusza z płacą roczną 400 zlr. w. a.

Posada ta nadaną będzie na lat dwa, — podania przyjmuje Dyrektor tegoż szpitala do dnia 15 października 1892.

Nakładem Tow. Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.